

AL DIRIGENTE DELL' U.S.P.  
DI \_\_\_\_\_

\_L\_ SOTTOCRITT\_ \_\_\_\_\_ NAT\_ A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI  
\_\_\_\_\_ CON CONTRATTO A TEMPO  
INDETERMINATO

CHIEDE

LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO - PER ALMENO UN BIENNIO - DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE, A DECORRERE DALL' A.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_, SECONDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA (CONTRASSEGNA DA UNA X):

- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** ( SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE \_\_\_\_\_
- TEMPO PARZIALE VERTICALE** ( SU NON MENO TRE GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE \_\_\_\_\_

A TAL FINE DICHIARA QUANTO SEGUE:

DI AVERE UN'ANZIANITA' COMPLESSIVA DI SERVIZIO DI RUOLO E NON DI RUOLO DI ANNI \_\_\_\_\_ COME DALL'UNITA DICHIARAZIONE (**ALLEGATO A**).  
DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA:

**(CONTRASSEGNARE CON UNA X LE SOLE SITUAZIONI POSSEDUTE)**

PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE (**ALLEGATO B**)

PERSONE A CARICO PER LE QUALI E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA LEGGE 11 FEBBRAIO 1980 N. 18 (**ALLEGATO B**)

FAMILIARI A CARICO PORTATORI DI HANDICAP O SOGGETTI A FENOMENI DI TOSSICODIPENDENZA, ALCOLISMO CRONICO O GRAVE DEBILITAZIONE PSICOFISICA \*

FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER LA FREQUENZA DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO (**ALLEGATO B**)

FAMILIARI CHE ASSISTONO PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP NON INFERIORI AL 70%, MALATI DI MENTE, ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, GENITORI CON N..... FIGLI MINORI (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) (**ALLEGATO B**) \*

AVER SUPERATO I SESSANTA ANNI DI ETA' OVVERO AVER COMPIUTO VENTICINQUE ANNI DI SERVIZIO (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) (**ALLEGATO B**)

ESISTENZA DI MOTIVATE ESIGENZE DI STUDIO (DA CERTIFICARE CON IDONEA DOCUMENTAZIONE)

**\* NOTA BENE: LE SITUAZIONI DI HANDICAP CITATE AL PUNTO "C" E LE ANALOGHE SITUAZIONE DI CUI AL PUNTO "E" DEVONO ESSERE DOCUMENTATE CON CERTIFICAZIONE ORIGINALE O IN COPIA AUTENTICA RILASCIATA DALLA A.S.L. O DALLE PREESISTENTI COMMISSIONI SANITARIE PROVINCIALI.**

\_L\_ SOTTOSCRITT\_, IN CASO DI TRASFERIMENTO O PASSAGGIO, SI IMPEGNA A FAR

RETTIFICARE I DATI RELATIVI ALLA SEDE DI TITOLARITA' E/O AL RUOLO DI APPARTENENZA E A CONFERMARE LA DOMANDA DI TEMPO PARZIALE.

**L SOTTOSCRITT SI IMPEGNA A COMUNICARE L'EVENTUALE CESSAZIONE DEL CONTRATTO PART-TIME, OLTRE IL BIENNIO 20      /20     , ENTRO LA DATA PREVISTA PER LA PRESENTAZIONE DELLE NUOVE ISTANZE DI PART-TIME**

ALLEGO ALLA PRESENTE I SEGUENTI ATTI, SOPRA MENZIONATI:

1 - ALLEGATO A: DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO COMPLESSIVA;

2 - ALLEGATO B: DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE PRECEDENZE

3 - N ..... CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP E/O ALLE ESIGENZE DI STUDIO

LUOGO E DATA .....

FIRMA .....

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....  
SI COMPONE DI N. .... ALLEGATI.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI  
DELL'ISTANZA DI PART-TIME

\_L\_ SOTTOCRITT\_ \_\_\_\_\_ NAT\_ A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI  
\_\_\_\_\_ CON CONTRATTO A TEMPO  
INDETERMINATO

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO  
1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

DI AVERE UNA ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO , ESCLUSO L'ANNO IN CORSO ED I  
PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI, PARI **AD ANNI** \_\_\_\_\_ **MESI** \_\_\_\_\_  
**GIORNI** \_\_\_\_\_ .

DI AVERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO NON DI RUOLO RICONOSCIUTA O  
RICONOSCIBILE AI FINI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

**PER UN TOTALE DI ANNI** \_\_\_\_\_

(I DOCENTI INDICHERANNO GLI ANNI SCOLASTICI NON DI RUOLO INTERI PRESTATI COL  
PRESCRITTO TITOLO DI STUDIO E QUINDI RICONOSCIBILI AI FINI DELLA CARRIERA)

**QUINDI DI AVERE UNA ANZIANITA' COMPLESSIVA PARI AD ANNI** \_\_\_\_\_ **MESI** \_\_\_\_\_ **E**  
**GIORNI** \_\_\_\_\_ .

LUOGO E DATA .....

FIRMA .....

DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI  
PART-TIME

\_L\_ SOTTOCRITT\_ \_\_\_\_\_ NAT\_ A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI  
\_\_\_\_\_ CON CONTRATTO A TEMPO  
INDETERMINATO

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO  
1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA  
NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE;

DI AVERE A CARICO \_L\_ SIG. \_\_\_\_\_  
PER IL QUALE E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI  
ALLA L. N.18/80;

DI AVERE I SOTTONOMINATI FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER  
L'OBBLIGO SCOLASTICO:

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....  
.....  
.....

DI ASSISTERE \_L\_ SIG. \_\_\_\_\_ PORTATORE DI HANDICAP  
NON INFERIORE AL 70%, MALATO DI MENTE, ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE  
(SOTTOLINEARE LA VOCE CHE INTERESSA);

DI ESSERE GENITORE DEI SOTTO NOMINATI FIGLI MINORI

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....  
.....  
.....

DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'

DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

FIRMA .....